

# 看護プラクティカルコース『メディカルオンライン研修会』申込書

三重県立看護大学地域交流センター 宛

FAX 059-233-5610

※申込み〆切 : 平成25年9月17日(火)

開催日時 : 平成25年9月27日(金)  
第1回 10:30~12:00  
第2回 13:00~14:30

受講希望者のお名前	(ふりがな)
ご所属 (施設名・病棟名)	
決定通知書の 送付先住所	〒
受講希望時間帯 (いずれかに○を付けて ください)	第1回 (10:30~12:00)      第2回 (13:00~14:30)
決定通知書の宛名 (いずれかに○を付けて ください)	ご本人以外      ・      ご本人 〔役職名 :      お名前 :      〕 *1
連絡先 TEL *2	
連絡先 FAX	

\*1 ご本人以外の場合は、宛名の方の役職名とお名前をご記入ください。所属先看護部様を通してのお申込みの場合は所属先で結構です。

\*2 急な連絡の際に、確実にご本人に連絡がつく番号をお書きください。所属先看護部様を通してのお申込みで、ご本人様にご連絡いただける場合は、所属先で結構です。